

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 76

LES TUMEURS CARTILAGINEUSES BENIGNES DE L'OREILLE EXTERNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 juillet 1945

PAR

PAUL BOLDIN

Né le 29 novembre 1922 à Lens (Pas-de-Calais)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

MM. TERRACOL, professeur, *président*.

*Examineurs
de la Thèse*

BAUMEL, professeur.

ROUX, agrégé.

LAPEYRIE.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel, 3

1945

LES TUMEURS CARTILAGINEUSES BENIGNES
DE L'OREILLE EXTERNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 76

LES TUMEURS CARTILAGINEUSES BENIGNES DE L'OREILLE EXTERNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 juillet 1945

PAR

PAUL BOIDIN

Né le 29 novembre 1922 à Lens (Pas-de-Calais)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. TERRACOL, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		BAUMEL, professeur.		
		Roux, agrégé.		
		LAPEYRIE.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel, 3

1945

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique, générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale	GIRAUD, doyen.
Clinique obstétricale	MASSABUAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	LAPEYRE.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	N...
Clinique de dermato-syphiligraphie	EUZIERE, doyen hon.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU, ass.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	AIMES
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie MONNIER, agrégé.	Clinique de la
Microbiologie CARRERE, agrégé.	tuberculose . . . VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd. HARANT, agrégé.	Pathologie et . . . MOURGUE-
Pharmacologie. . . HARANT, agrégé.	Propédeut. chir. . . MOLINES, agr.
Pathologie méd. BOUCOMONT, agr.	Pathologie chir. . . TRUC, agrégé.
— — — BERT, agrégé.	Chir. expérim.
Propédeut. méd. P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér. . . ROUX, agrégé.
Clin. interne . . . PUECH, professeur.	Accouchements . . CADERAS
Clin. des mal. contagieuses . . JANBON, profes.	DE KERLEAU, agr.
	Stomatologie . . HOUPERT, docteur en
	médecine.

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine P. RIMBAUD.	Chirurgie MOURGUE-
— BOUCOMONT.	— MOLINES.
— BERT.	— ROUX.
— LAFON, ch. d'agr.	Urologie TRUC.
Chimie MONNIER.	Accouchements . . CADERAS
Bactériologie . . CARRERE.	DE KERLEAU.
Hist. nat. méd. HARANT.	



A MA FAMILLE.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUX

AU DOCTEUR LAPEYRIE

A TOUS CEUX
QUI DEPUIS LE DEBUT DE MES ETUDES
M'ONT PRODIGUE LEURS ENCOURAGEMENTS

AU DOCTEUR LOUIS FABRE

LES TUMEURS CARTILAGINEUSES BENIGNES DE L'OREILLE EXTERNE

Les tumeurs bénignes de l'oreille externe sont rares. Dans ce groupe, les tumeurs cartilagineuses sont exceptionnelles et le chondrome est même nié par certains auteurs.

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la Clinique otorhino-laryngologique et maxillo-faciale de la Faculté de Médecine de Montpellier, un cas de chondrome de l'hélix. Cette observation, notre maître le Professeur TERRACOL, a bien voulu nous la confier comme sujet de notre thèse inaugurale.

OBSERVATION

T... Jean, soldat de 2^e classe, au 2^e régiment de tirailleurs sénégalais, présente depuis longtemps une tuméfaction du pavillon de l'oreille droite. Il est impossible, en raison de la race du sujet, de recueillir aucun renseignement.

On constate une néoformation développée aux dépens de la partie ascendante et de la portion horizontale de l'hélix; elle s'étend sur une longueur de 3 cm. environ, depuis la racine de l'hélix jusqu'au sommet de la courbure du pavillon; son volume est celui d'une petite amande; elle est surtout développée aux dépens de la face interne.

A la palpation, la consistance est élastique et cartilagineuse. La peau est fixée et la tuméfaction adhère aux plans profonds sur toute sa longueur. On porte le diagnostic de chondrome du pavillon et on décide d'intervenir.

Anesthésie locale par infiltration. Incision cutanée sur toute la longueur de la tumeur et sur son versant interne. Le clivage de la peau, très amincie, est difficile, surtout sur la face externe. La masse adhérente au bord libre du cartilage du pavillon est cependant facile à isoler dans ses deux tiers postérieurs; au contraire, le tiers antéro-inférieur doit être sculpté dans la masse cartilagineuse. Résection cutanée en tranche d'orange; sutures cutanées au fil de lin (Docteur FABRE).

Suites opératoires normales; cicatrisation normale.

Macroscopiquement, la tumeur de coloration blanchâtre, est cylindrique et bosselée, sa consistance est élastique; elle mesure 3 cm. de long et 1 cm. de diamètre environ. Sa nature cartilagineuse ne semble pas douteuse.

Microscopiquement, l'examen histologique a porté sur une tranche de section totale de la tumeur envoyée. Il s'agit d'un tissu cartilagineux *réalisant la structure du chondrome*.

A la périphérie, on trouve un périchondre conjonctivo-vasculaire nettement différencié. Au-dessous de lui, les chondroblastes disposés en groupes isogéniques axiaux et coronaires sont souvent hypertrophiés ou irréguliers, mais ils n'offrent pas d'images monstrueuses ni de figures kinétiques anormales. Aucun signe de malignité.

La capsule périchondrale envoie des septa-conjonctivovasculaires qui délimitent la masse chondromateuse en un certain nombre de territoires : ce sont là encore d'autres signes de bénignité histologique (Dr H. L. GUIBERT).



Vue macroscopique de la tumeur



En *a*, tissu conjonctivo-vasculaire du périchondre; en *b*, tissu chondromateux avec la substance fondamentale hyaline en *c*, et les chondroblastes *d*, *e*, *f*, plus ou moins typiques groupés en amas axiaux ou coronaires.

Microphotographie du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier. (E. HERBAUT, préparateur technique).

L'APPAREIL CARTILAGINEUX DE L'OREILLE EXTERNE

RAPPEL ANATOMIQUE

Les recherches de MOLDENHAUER, de HIS, de GRADENICO et surtout les travaux plus récents de STREETER et de GUYOT, ont établi l'origine et le développement des différents éléments de l'oreille externe.

Le premier sillon ectodermique ou première fente branchiale s'étend entre l'arc mandibulaire (antéro-supérieur) et l'arc hyoïdien (postéro-inférieur); sa partie postérieure voisine la vésicule auditive. Cette extrémité postérieure du premier sillon ectodermique n'est pas envahie par le mésoderme; elle s'approfondit et s'élargit pour constituer la fossette auditive.

L'approfondissement résulte de la croissance, à la fois vers l'extérieur, des bords de la fossette, d'où le relief du pavillon, et vers l'intérieur de la croissance de son fond.

L'élargissement est dû au développement interstitiel des bords, d'où l'étendue du pavillon.

La croissance résulte essentiellement de l'extension du tissu mésodermique qui formera le cartilage. Elle n'est pas régulière; elle porte principalement sur le bord hyoïdien

qui, à lui seul, constituera presque tout le pavillon. Sur chacun des bords apparaissent trois centres de croissance ou bourgeons.

Les trois bourgeons antéro-supérieurs ou mandibulaires formeront le tragus, le pied et la partie ascendante de l'hélix.

Les trois bourgeons postéro-inférieurs ou hyoïdiens donneront naissance au reste de l'hélix (hélix supérieur et hélix descendant), à l'anthélix et à l'antitragus et au lobule.

Cette évolution a lieu entre le stade de 9 mm. et celui de 23 mm.

Le bourgeon de l'hélix antérieur, d'origine mandibulaire, et le bourgeon de l'anthélix, d'origine hyoïdienne, se développent considérablement vers la profondeur; leur coalescence constitue l'ébauche du conduit auditif externe.

Une anomalie dans l'évolution de l'un quelconque de ces éléments explique les différentes malformations de l'oreille externe; elle permet de comprendre le mécanisme, la structure et la topographie des fistules auriculaires et des tumeurs congénitales de l'oreille et en particulier des fibro-chondromes, qui sont les plus fréquentes (1).

*
**

Le squelette du pavillon et des deux tiers externes du conduit auditif externe est formé presque entièrement par du tissu cartilagineux.

Le cartilage, comme tous les tissus de même lignée, est

(1) Ce rappel embryologique est résumé dans ses grandes lignes car il dépasse la question tumorale particulière que nous étudions.

constitué par des cellules, dites chondroblastes, enrobées dans une substance fondamentale.

Cette substance est l'élément principal et ses variations de structure ont permis de décrire quatre variétés : le cartilage hyalin, le cartilage élastique, le cartilage fibreux et le cartilage mixte ou fibro-élastique.

Tout cartilage est entouré par une membrane fibreuse, la *périchondre*, qui comprend deux couches : l'une interne, riche en cellules et en fibres conjonctives, matrice génératrice du cartilage par transformation en chondroblastes des cellules fibreuses du périchondre ; l'autre, externe, très richement vascularisée, est la membrane nourricière.

Chacun sait que le tissu cartilagineux est avasculaire, et qu'il ne se nourrit que par imbibition : notion primordiale qui fournit l'explication de nombreux faits pathologiques.

Chez les sujets jeunes, tous les éléments cartilagineux de l'oreille externe sont du type hyalin pur.

Chez l'adulte, le type varie pour les cartilages du pavillon et les cartilages du conduit auditif externe.

Le pavillon doit sa forme et ses contours à une mince lame de cartilage du type élastique. Cette lame, qui occupe tout le pavillon, sauf le lobule, est entourée par un épais périchondre fibreux renfermant les vaisseaux et les nerfs.

La peau, très mince, adhère au périchondre sur la face externe, d'où l'absence, en ce point, de plan de clivage ; cette adhérence est surtout marquée sur les arêtes et les reliefs du pavillon. Sur la face interne, la peau, plus épaisse, est relativement libre.

Entre certains plis, le périchondre s'épaissit. Le nombre des éléments fibreux qu'il renferme augmente considérablement ; ainsi sont constitués les ligaments intrinsèques. D'autres trousseaux fibreux à point de départ périchondral

unissent le pavillon aux régions voisines; ce sont les ligaments extrinsèques.

Le squelette du segment externe du conduit auditif est formé par deux gouttières concaves opposées par leurs bords; l'une est fibreuse, l'autre cartilagineuse. La lame cartilagineuse, concave en haut et en arrière, est en continuité avec le cartilage du pavillon; elle devient d'autant plus étroite que l'on s'approche de la portion osseuse. Elle est plus épaisse que la lame du pavillon.

Sa substance fondamentale renferme des fibres élastiques et de gros troussaux fibreux; c'est donc un cartilage du type mixte ou fibro-élastique. Les faisceaux fibreux sont d'autant plus nombreux que l'on s'approche des bords de la lame. Ils se continuent avec la périchondre et se perdent dans la gouttière fibreuse; ils comblent les incisures de Santorini. La peau, épaisse et riche en formations glandulaires, est très adhérente au périchondre dont il est difficile de la séparer.

NOTIONS GENERALES SUR LES NEOPLASIES CARTILAGINEUSES BENIGNES

Ce sont des néoplasies qui se caractérisent par une multiplication cellulaire active avec tendance à l'accroissement.

On les observe dans les régions où le tissu cartilagineux existe normalement, mais on peut en rencontrer dans tous les points de l'organisme.

ETUDE MACROSCOPIQUE

Deux types sont assez nettement différenciés.

Habituellement, ce sont des tumeurs arrondies ou lobées à contours nets, facilement énucléables.

Parfois, mais c'est rare, ce sont des néoformations sans contours précis, s'insinuant entre les plans anatomiques dans toutes les zones où le clivage est facile, et s'étendant à la façon d'une injection anatomique poussée avec force.

Sur une coupe, la section peut présenter deux aspects avec la possibilité de toutes les transitions.

Le plus souvent, — c'est la règle pour les tumeurs de petit volume — on observe un tissu homogène, semi-transparent, résistant mais élastique, crissant sous le couteau et sur la surface de section transsude un suintement séro-hyalin peu abondant.

D'autres fois, en particulier, s'il s'agit de tumeurs volumineuses ou de longue évolution, ce sont des masses de consistance inégale, dures et même calcifiées; en certains points, elles sont molles; d'aspect myxomateux ou même kystique, en d'autres. Ces transformations sont d'ordre nécrobiotique; elles sont plus fréquentes dans la profondeur de la tumeur, moins bien nourrie que la périphérie.

ETUDE MICROSCOPIQUE

L'aspect histologique est variable. Tout dépend du rapport qui existe entre les cellules et la substance fondamentale. Cette dernière surtout est importante et permet d'isoler différents types histologiques. Ces types histologiques dépendent encore du point de naissance de la tumeur et par suite de son histogénèse.

Les chondromes vrais, non modifiés, nés d'un tissu cartilagineux déjà existant, ont la structure même de ce tissu; l'identité cellulaire et tissulaire est absolue. Aussi décrit-on, des chondromes hyalins et des fibro-chondromes. Les cellules, légèrement plus volumineuses que les cellules cartilagineuses normales, sont groupées en amas axiaux ou coronaïres, très irrégulièrement disséminés. Selon le type, la substance fondamentale intercellulaire, renferme ou non des trousseaux fibreux.

Les chondromes précédents modifiés, les néoplasies dues à une métaplasie du tissu conjonctif et celles ayant leur point de départ dans des restes embryonnaires revêtent des aspects histologiques divers et parfois juxtaposés.

Les tumeurs cartilagineuses calcifiées sont, du point de vue microscopique, identiques aux chondromes purs, mais leur chondrine est imprégnée de calcaire. Il n'y a pas ossi-

fication à proprement parler, mais simple dépôt calcaire dans la substance interstitielle, le nom d'ostéo-chondrome qu'on leur donne parfois, est une erreur.

Les chondro-myxomes sont plus fréquents; histologiquement ils sont caractérisés par leurs chondroblastes. Ceux-ci d'aspect rameux, anastomosés entre eux forment un réseau continu et baignent dans une substance fondamentale amorphe, liquide ou semi-liquide, qui possède les réactions tinctoriales du mucus. La lame fibreuse chondrogène est inconstante.

Enfin on peut observer des chondromes polymorphes où se trouvent mêlés les divers tissus que nous venons de décrire.

HISTOGENESE

Deux problèmes tumoraux doivent être envisagés : l'origine et l'accroissement.

Origine. — Ces tumeurs peuvent avoir trois origines nettement distinctes : le tissu cartilagineux, les tissus conjonctifs métaplasés, les reliquats embryonnaires inclus dans la région.

Les chondromes provenant des tissus cartilagineux ont la structure même de ce tissu; ce sont les chondromes vrais que nous avons décrits plus haut.

Les tumeurs nées des tissus conjonctifs par métaplasie ou procédant d'îlots cellulaires embryonnaires peuvent être des chondromes purs, c'est rare; dans la règle, ce sont soit des chondro-myxomes, soit plus souvent encore des chondromes polymorphes. Dans ce dernier cas, ils sont un type de transition avec les tumeurs mixtes et les dysembryomes.

Quoi qu'il en soit, naissance et développement restent inconnus, il en est d'ailleurs de même en ce qui concerne toutes les tumeurs quelle que soit leur nature histologique. Le climat humoral paraît primordial. J. REDING qui a longuement étudié ce problème conclut que l'apparition des mitoses ne dépend pas seulement des conditions locales des tissus en régénération, mais aussi d'un état général de sensibilité aux tumeurs. Toutes les influences peuvent être réunies sous le point de vue général qu'elles affaiblissent la résistance du tissu tout en stimulant les cellules à la division » (1).

Les conditions humorales dépendant de l'âge du sujet, des constantes physico-chimiques du plasma sanguin, etc... L'explication humorale rend mieux compte des faits observés que l'ancienne explication cellulaire d'un spécifisme trop étroit et difficile à soutenir aujourd'hui » (H. HARANT) (2).

Accroissement. — La croissance des tumeurs cartilagineuses s'effectue selon deux mécanismes : l'un périphérique, l'autre interstitiel. L'accroissement périphérique se fait par transformation en chondroblastes des cellules fibreuses du périchondre. L'hyperplasie des chondroblastes différenciés dans le périchondre entraîne une apposition tissulaire, couche par couche, à la surface de l'ébauche primitive.

L'accroissement interstitiel est dû aux divisions répétées des chondroblastes ; il en résulte des groupes cellulaires sériés ou emboîtés. Les cellules ainsi formées sont, d'après

(1) J. REDING. — Etude des mécanismes de cancérisation. *Bul. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1935, p. 339.

(2) J. TERRACOL, J. TURCHINI et H. HARANT. — L'appareil cartilagineux en oto-rhino-laryngologie. *Monographies O. R. L. internationales*, n° 23. Delmas, éditeur, Bordeaux.

de VERBIZIER, toujours dépourvues de capsule propre, cette absence de capsule étant tout à fait caractéristique (1).

Si les deux mécanismes d'accroissement sont harmoniques, le périchondre demeure continu; la tumeur augmente de volume et prend un aspect lobé, les lobes étant séparés par des cloisons périchondrales porte-vaisseaux.

Toujours entourée de son périchondre, la néoplasie refoule, écarte ou use les tissus voisins, ces derniers peuvent être englobés entre deux lobes de la tumeur mais ne sont jamais infiltrés par elle. Il n'existe aucune tendance à l'envahissement des vaisseaux; il n'y a jamais de métastases. Ce sont là, tous les caractères des tumeurs bénignes.

Si l'accroissement interstitiel l'emporte sur l'accroissement périphérique, la masse centrale augmente de volume et fait éclater le périchondre qui se lamellise. La substance fondamentale riche en chondrine, entraîne les chondroblastes qui se divisent activement. La tumeur, toujours bénigne histologiquement, refoule et dissocie les tissus voisins qui se tassent en lames fibreuses. Ces lames, dont l'ensemble constitue la capsule secondaire, sont richement vascularisées; elles assurent la nutrition des masses cartilagineuses. Les tumeurs dues à une métaplasie des tissus conjonctifs ne s'accroissent que par multiplication cellulaire interstitielle.

Les tumeurs à croissance dysharmonique ou à développement interstitiel pur, récidivent fréquemment sur place après leur ablation; la généralisation est cependant exceptionnelle; ce sont des tumeurs à malignité locale. Elles forment la transition avec les chondrosarcomes dont la généra-

(1) VERBIZIER (A. J. de). — Contribution à l'étude des chondromes, leurs rapports avec les exostoses ostéogéniques: histogénèse et malignité. *Thèse*, Paris, 1937, n° 834.

lisation par voie sanguine est rapide, précoce et constante.

Cependant, bien des problèmes demeurent obscurs. Certaines tumeurs cartilagineuses, microscopiquement bénignes, métastasent à distance et les tumeurs filles sont, elles aussi, bénignes histologiquement. Il reste à savoir pourquoi certaines présentent cette dysharmonie de croissance qui leur confère des caractères si particuliers ?

Mêmes incertitudes que pour l'histogénèse des tumeurs ; ici aussi l'influence du climat humoral général et les conditions locales apparaissent primordiales mais hypothétiques.

ETUDE CLINIQUE

RAPPEL BIBLIOGRAPHIQUE

En 1861, LAUNAY publie un cas de fibro-chondrome de l'oreille externe (1).

Une femme de 39 ans, présentait dans la région parotidienne droite, une tumeur dure, du volume d'un œuf de poule.

A l'intervention, la néoformation, de consistance élastique, fut difficile à isoler ; un pédicule, du volume d'un crayon, l'unissait au cartilage du conduit auditif externe. La malade mourut d'érysipèle.

L'examen microscopique montrait deux zones distinctes ; l'une périphérique, de structures fibreuse, était truffée d'îlots de cartilage ; l'autre, centrale, renfermait de nombreux vaisseaux et des chondroblastes.

On pouvait, en raison de la situation topographique, envisager une tumeur mixte de la glande parotide. Mais il n'existait aucun tissu épithélial. Le tissu cartilagineux d'une part, la continuité avec le cartilage du conduit d'autre part, permettent le classement parmi les angio-fibro-chondromes,

(1) LAUNAY. — Observation d'enchondrome parotidien parvenu à la période de ramollissement. *Gaz. des Hôpitaux*, 1861, p. 181.

En 1880, GRUBER rapporte un cas discutable de chondrome du conduit auditif externe coexistant avec une otite moyenne suppurée ; il pratiqua l'ablation à la gouge (1).

De même les observations cliniques publiées par STRANORRBRIDGE en 1882, sous le nom de tumeurs cartilagineuses ne sont en réalité que des chéloïdes (2).

En 1884, MECKEL von HEMSACH publie le cas clinique suivant. Chez un homme de 40 ans, s'était développée progressivement depuis six mois, sans symptômes particuliers, une tuméfaction sous-cutanée en avant et au-dessous du conduit auditif externe.

Cette tumeur fut extirpée par intervention sanglante. Le corps de la tumeur était en continuité avec le conduit auditif externe ; vers la profondeur, seuls existaient de petits nodules ; par contre, vers la surface, avait proliféré une masse chondromateuse, translucide, jaunâtre, grosse comme une noix et qui poussait de nombreuses lobulations.

L'examen microscopique montra partout la même constitution que la tumeur cartilagineuse pure (3).

La même année, POLITZER, dans son livre sur « *Les maladies de l'oreille* », nie l'existence de chondrome mais l'année suivante il publie une observation. Il s'agissait d'une néoformation du conduit auditif externe cartilagineux. La tumeur en forme d'épine était fixée sur la paroi antérieure du conduit (4).

En 1885, SCHWARTZE distingue deux types cliniques ;

(1) GRUBER. — Chondrom des Gehörganges. *Wien med. Presse*, 1880, n° 7 et 8.

(2) STRANORRBRIDGE (G.). — Fibrocartilaginöser Tumor der Ohrmuschel. *Archiv. für Ohren. u. s. w.* Bd XI, S. 188, 1882.

(3) MECKEL von HEMSACH. — Über Knorpelwucherung. *Ann. die Charité Krankenhaus* (Berlin), Bd. 61, S. 104.

(4) POLITZER. — Chondrom des Gehörganges. *Politzer Lehrbuch*, 3, 519.

selon la croissance de la tumeur, il décrit les formes endorales et les formes à allure de tumeur parotidienne (1).

En 1889, J. GRUBER dans son « *Précis sur les maladies de l'oreille* » indique qu'il a observé plusieurs cas de chondrome de l'oreille. La plupart du temps, ce sont des tumeurs arrondies et dont le volume varie depuis « celui d'un grain de chanvre jusqu'à celui d'une noisette »; elles étaient sessiles ou pédiculées, parfois en excroissance épineuse.

Dans un cas, décrit plus longuement, la tumeur insérée sur la paroi postérieure du conduit auditif osseux, se dirigeait vers le méat auditif et présentait la forme d'un champignon (2).

En 1897, WALLIZECK discute l'existence des tumeurs cartilagineuses et conclut qu'aucun fait certain n'a été publié (3).

En 1898, HAUG publie un cas de myxo-chondrome du pavillon.

La tumeur, sphérique, grosse comme une prune, siégeait sur la partie inférieure de la face interne de la face interne de la conque. A la palpation, on notait sous une peau non fixée, une masse dure et bosselée.

Histologiquement, elle était constituée par une mince capsule fibreuse entourant une masse cartilagineuse dont le centre était partiellement de structure myxomateuse (4).

Egalement, le cas attribué à CHAUCHEAU, est un fibro-chondrome. CHAUCHEAU lui-même écrit : « En somme, il

(1) SCHWARTZER. — Die Chirurgischen Krankheiten des Ohres. *Deutsche Chirurgie*, Bd 32, S. 106, 1885.

(2) GRUBER. — *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 1889.

(3) WALLIZECK. — Diskussions Bemerkungen (Chondrom). *Verhandl. des deutsch. Ohr.* 1897, S. 263.

(4) HAUG. — Chondromyxome der hinteren Fläche der Ohrmuskel. *Arch. f. Ohren*, u. s. w., Bd 32, S. 162, 1898.

s'agissait d'un fibrome avec éléments cartilagineux peu abondants et disséminés » (1).

En 1903, GERBER dans un travail d'ensemble sur les tumeurs de l'oreille ne relate aucun des cas précédents (2).

En 1906, HAUG publie un autre cas. Tumeur grosse comme un petit pois, fixée dans la gouttière inférieure du conduit. Ablation par un simple coup de gouge. Macroscopiquement, c'est une tumeur régulière, arrondie et lisse, de contenu blanc bleuâtre, de consistance cartilagineuse.

Le microscope la classa parmi les chondromes ostéoïdes; nous la considérons plus volontiers comme un « chondrome calcifié ». (Masson) (3).

L'année suivante, FERRERI traite par curiethérapie un fibro-chondrome récidivé du *lobule de l'oreille*; son malade guérit (4).

En 1909, cas de KONIETZKO. Tumeur en forme de massue, à insertion postérieure dans le conduit auditif osseux tout contre la membrane du tympan. La néoformation, longue de 3 millimètres environ, se fixait par un mince pédicule qu'il fut facile de sectionner au serre-nœud. Histologiquement, deux zones étaient à distinguer : le pédicule était formé uniquement par du tissu fibreux, la tumeur elle-même était entièrement constituée par du tissu cartilagineux de type élastique. On est frappé par l'analogie structurale de cette tumeur et des exostoses ostéogéniques (5).

(1) CHAUVÉAU. — Fibrochondrome du lobule de l'oreille. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1901, 1.

(2) GERBER. — Zür Kasuistik der Ohr eschwüste. *Zeitschrift f. Ohren*, u. s. w., Bd 45, S. 69, 1903.

(3) HAUG. — Chondrom des äusseren Gehörgang. *Monats. für Ohren*, u. s. w., 1907.

(4) FERRERI. — Fibro-chondrome récidivant du lobule de l'oreille, traité par le radium. *Archiv. ital. d'otol.*, 1907.

(5) KONIETZKO. — Ein Fall von Chondrom im knöchernen Teil des äusseren Gehörganges. *Archiv. f. Ohren*, u. s. w., Bd 59, S. 7, 1909.

En 1926, GOERKE, dans le traité de Denker et Kahler, met en doute l'existence des chondromes vrais du conduit auditif. Tous les cas publiés ne seraient que des anomalies du développement périosté et non de vraies tumeurs. Aucun cas de chondrome pur du pavillon n'a été décrit (1).

En 1934, ALONSO écrit un important travail sur les tumeurs de l'oreille (2). Il cite, outre le cas décrit par KONIETZKO, deux observations, l'une de LENHOF (3), l'autre de TEMPEA (4). Nous n'avons pu retrouver ces deux observations; nous nous contenterons de les signaler.

En 1936, dans une revue générale consacrée aux dysplasies et aux tumeurs du pavillon de l'oreille, ROQUES-SATIVO apporte deux cas personnels que nous résumons ci-dessous:

Cas I. — Homme, âgé de 23 ans, porteur depuis huit mois d'une tumeur du *lobule* de l'oreille. Cette tumeur du volume d'une fève n'a pas sensiblement grossi. Ablation.

Histologiquement, il s'agit d'un chondrome hyalin avec un noyau central de tissu conjonctif dense, plus lâche cependant au centre de la tumeur.

Cas II. — Jeune femme de 23 ans atteinte d'un kyste d'apparence cartilagineuse développé sur le pavillon de l'oreille. La peau est d'aspect normal. Depuis deux semaines la tumeur est spontanément douloureuse durant la nuit. Ablation.

Au microscope, on découvre qu'il s'agit d'un chondrome hyalin. En son centre siège une hémorragie bien limitée

(1) MAX GOERKE. — Die Geschwulste des Ohres. *Handbuch des Hals, u. s. w.*, T. 7, J. Springer et J. F. Bergmann, édit.

(2) ALONSO (J.). — Contribution à l'étude des tumeurs de l'oreille. *Revue de Laryngologie*, 1934, p. 409.

(3) LEN'HOF. — Chondrom des äusseren Ohres. *Casopis lekaru ceskych*, 1913.

(4) TEMPEA. — Chondrome du conduit auditif externe. *Soc. roumaine d'O. R. L.*, juillet 1928.

qui évolue vers l'hématome; c'est cette hémorragie qui sans doute était cause des phénomènes douloureux (1).

En 1938, HORIGUTI Y. publie l'observation d'un nourrisson du sexe féminin porteur d'une tumeur grosse comme une lentille, siégeant sur le versant antérieur du tragus. Cette néoformation est recouverte par la peau qui en ce point est pigmentée et couverte de poils (2).

L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un noyau de cartilage élastique recouvert de peau normale. C'est là une tumeur qui constitue un moyen terme entre les tumeurs de l'oreille externe et les fibro-chondromes branchiaux si fréquents.

(1) ROQUES-SATVO (R.). — Dysplasies et tumeurs du pavillon de l'oreille. *Revue de laryngologie*, 1936, p. 305.

(2) HORIGUTI (Y.). — Ein Fall von Nœvus cartilagineus. *Zentralblatt für Ohrenheilkunde*, 1939.

ETIOLOGIE

Fréquence.

Le rappel bibliographique qui précède montre l'extrême rareté de ces tumeurs et en particulier des chondromes purs. Tous les cas publiés sont discutables (1).

Par rapport aux autres tumeurs bénignes du pavillon (les fibromes surtout) et du conduit (les ostéomes en particulier), la proportion des tumeurs cartilagineuses est minime, de l'ordre de 10 p. 100 environ (2).

Sexe.

Il ne paraît jouer aucun rôle.

Age.

C'est un facteur important. Il s'agit presque toujours de sujets jeunes, parfois même de nourrissons (HORIGUTI). Cette notion, classique en ce qui concerne les néoformations

(1) LAUNAY, GRUBER, POLITZER, MECKNEL von HEMSBACH, HAUG, KONIETZKO, LEN'HOF, TEMPEA (nous n'avons pu analyser ces deux dernières observations), FERRERI, HAUG, ROQUES-SATIVO (2 cas), HORIGUTI, TERRACOL et FABRE.

(2) Hermann MARX. — Die Geschwülste des Ohres, in F. Henke und O. Lubarsch : Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie Gehörorgan, Bd 12, S. 490, J. Springer, édit.

cartilagineuses des membres, vaut également pour l'oreille.

L'âge intervient sur la structure. Les sujets jeunes présentent surtout des tumeurs très vascularisées ou de structure hyaline (cartilage jeune) ; les malades plus âgés sont porteurs de néoformations fibreuses ou régressives (calcifiées, creusées de cavités kystiques).

Autres facteurs.

Les travaux histo-pathologiques et les recherches expérimentales de LERICHE et POLICARD (1) ont établi « que le cartilage peut apparaître par métaplasie, directement au sein du tissu conjonctif. Il suffit de conditions mécaniques nouvelles intervenant dans un milieu humoralement préparé » (H. HARANT) (2). Les conditions humorales, valables pour toutes les tumeurs cartilagineuses bénignes, quelle que soit leur localisation, ont déjà été envisagées plus haut. Les conditions mécaniques sont ici particulières par suite de l'étroitesse du conduit auditif et de l'anatomie de la région. Ces conditions peuvent favoriser la métaplasie cartilagineuse des tumeurs fibreuses au sein desquelles étaient disséminées des cellules cartilagineuses non encore organisées en tissus.

Le cartilage en voie d'accroissement, peut donner naissance à des tumeurs fibro-cartilagineuses comparables à des exostoses ostéogéniques (le cas décrit par KONIERZKO en est un exemple remarquable), et chacun sait l'importance du facteur terrain dans la genèse des exostoses ostéogéniques.

(1) LERICHE et POLICARD. — Physiologie normale et pathologique de l'os. 1926. Masson et Cie, éditeurs.

POLICARD. — L'appareil de croissance des os longs. Ses mécanismes à l'état normal et pathologique. 1941. Masson et Cie, éditeurs.

(2) *Loco citato.*

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Siège.

Les tumeurs cartilagineuses se développent plus souvent sur les parois du conduit auditif externe que sur le pavillon. Il semble que le côté droit soit plus souvent intéressé que le gauche.

Pour le *pavillon*, il est certaines zones électivement atteintes, ce sont : le lobule (FERRERI, cas 1 de Roqueativo) et le quadrant antéro-supérieur du pavillon (Horiguti, notre malade). La face interne du pavillon cartilagineux est plus souvent atteinte que la face externe.

Pour le *conduit auditif externe*, les localisations profondes sont les plus fréquentes et parfois la néoformation siège même contre le tympan (HAUG), ce qui semble anormal.

L'évolution est conditionnée par l'implantation tumorale, dans le conduit, l'évolution est cavitaire, en dehors du conduit, elle est faciale.

Dans le premier cas, la néoplasie, pédiculée ou sessile, fixée sur les parois antérieure ou postérieure du conduit, rarement dans la gouttière inférieure, jamais dans la gouttière supérieure, évolue comme un polype auriculaire.

Dans le deuxième cas, la néoplasie née aux dépens de la

face antérieure ou inférieure du conduit cartilagineux évolue vers la région parotidienne et, au pédicule près, se comporte comme une tumeur de la parotide.

Nombre.

Dans tous les cas publiés il n'existait qu'une seule tumeur. Nous n'avons jamais noté la coexistence avec d'autres tumeurs bénignes ou malignes de l'oreille ou du reste de l'économie.

Volume.

Les tumeurs cartilagineuses de l'oreille externe n'atteignent un gros volume que chez les malades négligents, peu soucieux de leur tumeur. Par contre, les tumeurs du conduit à développement externe doivent acquérir une certaine grosseur avant de s'extérioriser et d'être dépistées.

Aspect macroscopique.

Sur le pavillon ce sont toujours des tumeurs régulières, arrondies ou bosselées, de consistance ferme ou kystique. La peau qui adhère à la tumeur n'est pas modifiée sauf s'il s'agit de néoformations d'origine branchiale (Horiguti).

Dans le conduit leur aspect est variable.

Les tumeurs à croissance externe sont toujours du type précédent (tumeur arrondie ou bosselée, régulière) ; parfois elles se pédiculisent. Les tumeurs à développement endocavitaire revêtent deux types : parfois, il s'agit de tumeurs chondromateuses banales identiques aux précédentes, d'autres fois on observe des néoformations particulières. La néoplasie en forme d'épine, de massue ou de dard, présente un pédicule fibreux d'insertion et un corps cartilagineux.

Cet aspect est identique à celui des exostoses ostéogéniques dont ces tumeurs sont l'équivalent cartilagineux. Ce type particulier ne se voit que dans la partie profonde du conduit, son insertion se fixe toujours sur les faces antérieure et postérieure, jamais ailleurs.

Structure histologique.

Pour les tumeurs du pavillon elle est assez uniforme. En règle commune ce sont des chondromes hyalins-types, parfois des fibro-chondromes (FERRERI) ou des chondro-myxomes (HAUG).

Evolution anatomique.

Ayant précédemment décrit les deux mécanismes qui président au développement des tumeurs cartilagineuses, nous n'y reviendrons pas.

Dans les cas de néoformations pédiculées, l'allongement se fait grâce au pédicule, qui est la partie active de la tumeur de sorte que par analogie avec les exostoses ostéogéniques on pourrait leur donner le nom « d'ecchondroses chondrogéniques ».

Aucun des cas observés n'a dégénéré en tumeur maligne, de ce point de vue tous les examens histologiques concordent.

Un seul cas a récidivé après ablation (FERRERI), celle-ci ayant, sans doute, été incomplète ; le malade guérit par la mise en place d'aiguilles de radium.

CLINIQUE

Nous avons décrit les aspects cliniques que peuvent revêtir les tumeurs cartilagineuses bénignes de l'oreille externe, nous les schématiserons ultérieurement; par contre un certain nombre de caractères sont communs à tous les cas.

Ce sont toujours des néoformations uniques, habituellement arrondies, recouvertes par un tégument adhérent mais toujours intact.

Leur consistance est caractéristique, elle n'est comparable ni à la dureté de l'ostéome ni à la rénitence d'un kyste, c'est une résistance élastique que l'on reconnaît facilement lorsqu'on l'a perçue une fois.

Ces caractères faciles à percevoir dans les tumeurs du pavillon ou du méat auditif, exigent le palper au stylet pour les tumeurs du conduit auditif externe.

L'évolution est lente, purement locale et il n'y a jamais d'adénopathies.

*
**

La critique des observations publiées permet de distinguer quatre types anatomo-cliniques de néoplasies cartilagineuses de l'oreille externe : les chondromes vrais, les chondromes modifiés, les chondroses chondrogéniques, les dysembryoplasies,

1° *Les chondromes vrais* naissent aux dépens des éléments cartilagineux normaux dont ils ont la structure histologique.

Leurs caractères microscopiques sont nets : ce sont des tumeurs cartilagineuses pures, encapsulées, avasculaires, bénignes.

Ils comprennent :

les chondromes du pavillon sauf le lobule (notre malade) ;

les chondromes du conduit auditif cartilagineux (HECKEL von HEMBSBACH).

Leurs caractères objectifs facilitent le diagnostic.

Leur pronostic est bénin ; elles ne récidivent pas si l'ablation a été complète.

2° *Les chondromes modifiés* naissent, comme les chondromes purs, aux dépens des éléments cartilagineux normaux mais leur structure histologique diffère de celle du cartilage souche.

On a décrit :

— des chondromes modifiés du pavillon sauf le lobule : HAUG 1 (myxo-chondrome), ROQUES-SATIVO 2 (angio-chondrome) ;

— des chondromes modifiés du conduit auditif externe cartilagineux : LAUNAY (angio-fibro-chondrome), HAUG 2 (chondrome calcifié).

Les modifications histologiques dépendent à la fois du terrain et de la vascularisation de la tumeur.

Les caractères cliniques sont fonction de la structure ; ce sont toujours des tumeurs bénignes ; l'ablation complète assure la guérison.

3° *Les ecchondroses chondrogéniques* du conduit auditif externe.

Ce sont des néoplasies fibro-cartilagineuses, images cartilagineuses des exostoses ostéogéniques. D'après ROKITANSKY elles ne seraient que des exostoses ostéogéniques jeunes, non encore ossifiées.

Leur traduction clinique est nulle et, souvent, ce sont des découvertes otoscopiques. Ce sont des tumeurs allongées, pédiculées, mobilisables par le stylet qui, grâce à leur consistance particulière, permet de soupçonner leur nature.

L'ablation simple suffit, il faut détruire l'insertion pour éviter la récurrence.

Quatre cas ont été publiés : POLITZER, GRUBER (2 cas). KNIETZKO.

4. *Les tumeurs cartilagineuses bénignes ou dysembryoplasies.* Elles siègent en des zones, normalement dépourvues de cartilages, mais ce sont des inclusions anormales au cours de l'évolution embryologique.

On les observe uniquement sur le pavillon; le lobule surtout est atteint; FERRERI (fibro-chondrome), ROQUES-SATIVO (chondrome hyalin); le tragus, HORIGUTI (élasto-chondrome).

Les caractères physiques, le siège, les anomalies cutanées sont des éléments de diagnostic très utiles.

L'ablation en bloc permet l'examen microscopique de l'ensemble néoplasique, cet examen est indispensable.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique n'a qu'une valeur de présomption.

Grâce à leurs caractères particuliers il est facile d'éliminer les néoformations osseuses (exostoses, ostéomes, ossifications du pavillon).

Le nodule douloureux de l'oreille « tumeur d'un glomus neurovasculaire », est plus superficiel et les douleurs sont typiques.

Le fibrome comme nous l'avons vu à la Clinique O.R.L. et maxillo-faciale de la Faculté de Médecine de Montpellier à propos d'un cas qui sera publié est pratiquement impossible à différencier, l'erreur est sans importance pratique.

En pratique le diagnostic de tumeur bénigne est suffisant; l'examen macroscopique permet parfois d'affirmer la nature de la tumeur, soupçonnée ou non par la clinique; l'étude au microscope fixe la nature exacte.

TRAITEMENT

La seule thérapeutique est l'ablation complète de la tumeur. La technique varie selon l'aspect anatomique.

Pour les tumeurs cartilagineuses du pavillon et pour les néoplasies sessiles du conduit, il faut, après avoir incisé la peau, disséquer la tumeur; le clivage est parfois difficile car le périchondre et l'hypoderme sont très adhérents l'un à l'autre; c'est une question de patience. L'ablation complète, sous-anesthésie locale, est toujours possible.

Pour les tumeurs pédiculées du conduit, à croissance cavitaire l'ablation au serre-nœud si le pédicule est mince, ou d'un coup de gouge s'il est épais, assure la guérison. Une mèche dans le conduit réalise l'hémostase. L'anesthésie locale est seule indiquée sauf chez les sujets nerveux ou pusillanimes.

Pour les néoplasies cartilagineuses du conduit à développement cervico-facial l'ablation chirurgicale exige l'intervention sanglante, sous - anesthésie locale ou générale selon les cas et le terrain. Après incision des plans superficiels, le clivage d'avec les formations anatomiques voisines est facile mais, vers la profondeur le pédicule se perd dans le cartilage du conduit et force est de le sculpter aux ciseaux ou au bistouri avant de le sectionner. On doit suturer sur un drainage filiforme pour évacuer les sécrétions qui ne manquent jamais.

Quelle que soit la technique utilisée, et elle s'adapte à chaque cas clinique, l'ablation complète est possible. Seule cette ablation totale de la tumeur permet d'éviter les récives.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs cartilagineuses bénignes de l'oreille externe sont exceptionnelles,

2° Ces néoplasies naissent soit sur le pavillon (6 cas), soit dans le conduit auditif externe (9 cas).

3° Elles comprennent quatre types anatomo-cliniques :

Les chondromes vrais : du pavillon (sauf le lobule), du conduit cartilagineux,

Les chondromes modifiés : du pavillon (sauf le lobule), du conduit cartilagineux.

Les ecchondroses chondrogéniques du conduit osseux.

Les néoplasies cartilagineuses ou dysembryoplasies.

4° Le diagnostic, facile pour les localisations au pavillon est plus délicat pour les tumeurs du conduit auditif.

5° L'ablation simple, mais complète, assure la guérison.

6° L'examen au microscope est indispensable.

TABLE DES MATIERES

OBSERVATION	11
<i>L'appareil cartilagineux de l'oreille externe</i>	13
<i>Notions générales sur les néoplasies cartilagineuses bénignes</i> . .	17
— Etude macroscopique	17
— Etude microscopique	18
— Histogénèse	19
ETUDE CLINIQUE	23
— Rappel bibliographique	23
— Etiologie	29
— Anatomie pathologique	31
— Clinique	34
— Diagnostic	32
— Traitement	38
CONCLUSIONS	40

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*Les tumeurs cartilagineuses
bénignes
de l'oreille externe*

par M. Paul BOIDIN

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 17 juillet 1945.

Le Professeur,
TERRACOL.

Vu:

Montpellier, le 17 juillet 1945.

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 19 juillet 1945.

*Pour le Recteur,
Le Doyen délégué :*

P. MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion, ni improbation.

